



XLIX Legislatura

DEPARTAMENTO
PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 756 de 2021

S/C

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
(COVID EN EL HOGAR EL SARANDÍ DE COLONIA VALDENSE)

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 7 de diciembre de 2021

(Sin corregir)

Preside: Señora Representante Nibia Reisch, Vicepresidenta.

Miembros: Señoras Representantes Lucía Etcheverry Lima, Cristina Lústemberg y Silvana Pérez Bonavita.

Delegado de Sector: Señor Representante Luis Gallo Cantera.

Asisten: Señor Representante Nicolás Viera Díaz y señora Representante Margarita Libschitz.

Concurren: Por la Comisión de Derechos Humanos, señor Representante Oscar Amigo y señora Representante Verónica Mato.

Invitados: Por el Ministerio de Salud Pública, doctor Daniel Salinas, Ministro; José Luis Satdjian, Subsecretario; doctor Miguel Asqueta, Director General de Salud; doctora María Luján Giudici, Subdirectora General de la Salud; doctora Karina Rando, Directora de Dirección General de Coordinación; doctora Graciela Pérez Sartori, Directora de Inmunizaciones; doctora Adriana Alfonso, Directora de Epidemiología; doctor Martín Thomasset, Director de Jurídica; señora Patricia Schoeder, Directora de Prensa y señor Carlos Ruiz, Secretario del Ministro.

Secretaria: Señora Myriam Lima.

Prosecretaria: Señora Margarita Garcés.

═══════II═══════

SEÑORA PRESIDENTA (Nibia Reisch).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se lee:

CARPETA PERMANENTE 50/20

LA JUNTA DEPARTAMENTAL DE CANELONES. Remite Oficio 1145/21, adjuntando las palabras de la señora Edila Isabel Maiese, en relación a la atención de salud pública va camino al CTI. (Asunto N° 153310).

EL COLEGIO MÉDICO DEL URUGUAY. Remite invitación y programa para participar en las Jornadas Programáticas Interinstitucionales e inter-regionales, los días martes 7 y miércoles 8 de diciembre. (Asunto Nº 153347).

——Damos la bienvenida a la delegación del Ministerio de Salud Pública encabezada por el señor ministro, doctor Daniel Salinas, e integrada por el subsecretario, amigo de esta Casa, licenciado José Luis Satdjian; por el director General de la Salud, doctor Miguel Asqueta, que también ha estado participando en representación del departamento de Colonia en esta Casa; por la subdirectora General de la Salud, doctora María Luján Giudici; por la directora de la Dirección General de Coordinación, doctora Karina Rando; por la directora de Inmunizaciones, doctora Graciela Pérez Sartori; por la directora de Epidemiología, doctora Adriana Alfonso; por el director de Jurídica, doctor Martín Thomasset, por el secretario del Ministro, señor Carlos Ruiz y por la señora Directora de Prensa Patricia Schoeder.

También quiero decir a la delegación que nos están acompañando integrantes de la Comisión de Derechos Humanos, la diputada Verónica Mato, el diputado Óscar Amigo Díaz; también, como oyentes, el diputado Nicolás Viera Díaz y Margarita Libschitz Suárez.

En primer término, le vamos a dar la palabra al señor ministro y queremos recordarles que solo podemos sesionar hasta la hora 14, en que se va a estar realizando un homenaje al expresidente de la República, doctor Tabaré Vázquez; también va a estar presente el presidente de la República, doctor Luis Alberto Lacalle Pou en esa sesión. Por tanto, tenemos esa limitación de horario por Reglamento.

Tiene la palabra el señor ministro de Salud Pública.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Muchas gracias.

Primero, quiero agradecer la solicitud de comparecencia.

Por supuesto que queremos expresar nuestro dolor y lamentar los fallecimientos que ocurrieron en el hogar Sarandí; por supuesto, toda nuestra empatía en ese sentido.

Lamentablemente, la pandemia ha dejado sus secuelas de fallecimientos y otras, pero creo que es bastante notorio que el país, como sociedad, y el Ministerio, como ente rector, han hecho todo lo posible para realmente hacer un manejo correcto y con ciertas restricciones también.

Muchos de ustedes son profesionales de la salud; inclusive, han ocupado altos cargos a nivel del Ministerio de Salud Pública y saben que no existe una falta de sensibilidad, sino que nuestra principal preocupación, en particular, cuando uno es médico, es la vida, es salvar vidas, garantizarla de todas formas y el derecho a la salud, además. En ese sentido, no hay dos lecturas en cuanto a nuestra posición. Varios de nosotros hemos dedicado nuestra vida a la salud de los demás, en nuestra actividad privada y particular, y también ahora desde el punto de vista público.

Atravesar esta pandemia ha sido un enorme desafío, no solo para Uruguay, sino para América Latina y el mundo. Como ustedes saben, en varias partes del mundo ha recrudecido de forma feroz, con limitación de las libertades personales en muchos lados, con limitaciones de todo tipo. La verdad es que si bien nos duele enormemente la situación por la cual hemos sido convocados, no podemos validar algunas afirmaciones que entendemos no se corresponden en un cien por ciento con la realidad. Entendemos el dolor, somos empáticos con ellos, pero hay algunos aspectos que debemos aclarar.

Por lo tanto, vamos a hacer una exposición que intente dar luz a algunas de las preguntas de los familiares y legisladores, que están plasmadas en la versión taquigráfica anterior.

Primero, debo decir que la pandemia fue una situación completamente inesperada, que tomó por sorpresa al mundo. Hacía más de cien años que no ocurría una pandemia de esta naturaleza. Además de ello, ocurrió en torno a una transición de gobierno, luego de quince años de otro gobierno. Nosotros, prácticamente el primer día que asumimos en el Ministerio ya estábamos citando a una reunión con todos los actores públicos y privados de prestadores, de la Universidad de la República, de investigadores, de gremios públicos y privados, formando equipo y trabajando en equipo esta situación.

Además, cabe mencionar que Uruguay en este momento es considerado un caso de éxito en cuanto a la vacunación y es considerado modelo en la región y en el mundo. En realidad es así. Desde organismos internacionales como la OPS, la OMS, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, toman el caso de Uruguay, lo exponen y tratan de tomar algunos elementos que pudieran haber apuntalado ese éxito.

Con ese plan que toda persona que quiso, voluntariamente, pudo ser vacunada, el país logró de forma voluntaria una altísima adhesión de la población, lo cual habla un poco de la cultura de la sociedad uruguaya, de la cultura *vacunal,* que a veces en otros países no está tan desarrollada. A su vez, creo que está también un poco asociada a la percepción del riesgo, a las expectativas cifradas en la llegada de la vacuna y también un poco a lo que ha sido la acción de gobierno, que ha sido una acción muy transparente, en la que se han expuesto los números que, por supuesto, después serán sujetos a revisión, inclusive, algunas adjudicaciones de muertes que fueron con covid y no por covid, pero que no es un margen extremadamente enorme tampoco, porque en la primera revisión del 2020 andaba en el entorno del 8 **%**. O sea que tampoco esperamos un cambio radical en eso.

El año pasado tuvimos un decrecimiento de la tasa de mortalidad global; este año vamos a cerrar con un exceso de mortalidad, eso es cierto, pero si tomamos toda la pandemia, el exceso de mortalidad del Uruguay es de los menores de todas las Américas, de las que hay datos confiables.

Estoy hablando de exceso de mortalidad, porque es un dato duro, ya que no todos los casos de covid 19 fueron reportados como muertes por covid, sino como muertes por neumonía, por influenza, etcétera.

Fuimos pioneros en la vacunación de embarazadas; cuando dos días antes la OMS había recomendado no vacunar a embarazadas y en el mensaje estaba también que era un riesgo, apenas con dos embarazadas fallecidas convocamos a las tres cátedras, hubo consenso y generamos un registro de embarazadas que permitió vacunar a la totalidad de las embarazadas. También hubo fallecidas embarazadas con comorbilidades, pero automáticamente se cortó esa cadencia, ya que tuvimos reflejos y rapidez para actuar.

Es un país pionero en suministro de terceras dosis. En este momento, estamos próximo al 78 **%** de personas con primeras dosis; 75 **%** con segundas dosis y 40 **%** con terceras dosis, aun cuando la recomendación de dieciocho a cincuenta y nueve años para Pfizer solo está destinada a personas con comorbilidades. Una vez que eso sea reconsiderado, se obtendrán mejores guarismos, máxime que se estaba recomendando con la entrada de la nueva variante ómicron. Nosotros, realmente, tomamos la iniciativa con terceras dosis. Las vacunas Sinovac nos permitieron un rápido y amplio avance del plan de vacunación. A la fecha, en realidad, la mitad de las dosis son de Sinovac y la otra mitad de Pfizer, lo cual también hace una importante diferencia con la región. Quiero explicar que de los tres escenarios que fueron propuestos por las entonces autoridades, la doctora Rosa, de la División de Epidemiología, y Teresa Picón y Noelia Esperanza, de la Unidad de Inmunización, en el documento denominado Plan Nacional de Vacunación Covid, del 4 de enero de 2021 con el cual nosotros concurrimos al 5 de enero de 2021, las autoridades ministeriales optamos por el más ambicioso. Se planteaban tres escenarios: 20 % de la población, 35 % de población y 70 % de la población. Realmente, logramos obtener guarismos de vacunación que superaron esas expectativas y llegamos, como decíamos, a 78 % con primeras dosis y 75 % con dos dosis. La verdad es que Uruguay, hoy por hoy, está en una situación francamente diferencial con respecto al mundo. Estamos segundos o terceros en el mundo en terceras dosis. Era un escenario muy difícil llegar a vacunar, como se planteaba, al 70 % de las personas. Además, era un propósito que implicaba, tal como tenemos ahora, 192 dosis por habitante, es decir, cerca de 7.000.000 de dosis, más las 700.000 que dimos de la gripe, más todas las del Programa Ampliado de Inmunización. Realmente, liberar 8.000.000 de dosis en el país implicaba toda una logística completamente diferente. Recordamos las dificultades que, en ese momento, significaba la llegada de la vacuna Pfizer. Hasta el 16 de marzo la vacuna Pfizer estaba llegando en cuentagotas, de a 50.000 dosis en cada viaje semanal. Realmente, el diferencial fue la llegada de Sinovac. Primero, fueron dos partidas de 192.000 y luego completaron 1.500.000 de dosis el 16 de marzo. Creo que la mejor vacuna fue la que llegó primero, desde ese punto de vista, porque fue lo que sirvió para ir bajando, tanto los contagios como los ingresos a CTI y las muertes. Ya dije los guarismos de Uruguay; por su parte, de cada cien, Chile tiene 73 completamente vacunados; Ecuador, 54; Brasil, 35. Hay varios ejemplos. ¿Cómo fue elaborado el Plan de vacunación? Fue limitado; tenía que ser un plan flexible, tipo telescópico, que se pudiera desplegar, pero que no fuera rígido, porque no sabíamos el *timing* de llegada. Las propias autoridades no teníamos certeza absoluta, debido a la alta demanda de vacunación en el mundo, de cómo iban a llegar esas vacunas. Teníamos que confiar en los datos que nos daban y, en base a eso, hacer un plan escalonado, segmentado y con grupos priorizados. En su diseño participó la Comisión Nacional Asesora de Vacunas; el grupo ad hoc, integrado por la Universidad de la República, la Facultad de Medicina, la Facultad de Ciencias y la Facultad de Química; y personas del GACH altamente calificados como el profesor Pristch y otros.

Dentro de los priorizados, estaban los establecimientos de larga estadía de las personas mayores, porque se había observado en Europa una altísima tasa de mortalidad en estos establecimientos, entre otras cosas, porque las personas mayores

tienen comorbilidades varias pero, sobre todo, el factor edad era un elemento determinante.

Quiero recordarles que la toma de decisiones en el área de la salud no es un curso lineal y absoluto, sino complejo y dinámico. Es complejo porque las decisiones requieren de acciones concretas, dependiendo del tipo de problema, del tiempo y de la situación, tipo de situación y tiempo disponible para tomar la decisión. Había que ver también el contexto de incertidumbre en el que nos estábamos manejando y equilibrarlo de la mejor manera posible, lo que no quiere decir que sea una forma justa sino la más equilibrada, valorando la pertinencia y la oportunidad. También se valoró que toda decisión conlleva y riesgo. No todas las decisiones son agradables, ni todas las decisiones son perfectas. Hay una búsqueda de la perfección, pero no siempre se alcanza.

Nos hubiera encantado vacunar a toda la población, al 70 % de 2.800.000 al mismo tiempo, pero había una imposibilidad técnica y una imposibilidad de recursos humanos, de tal manera que hubo que estratificar y tomar decisiones. No alcanzaban las vacunas ni daba la logística. Ustedes recuerden la dificultad que significó la cadena del frío con Pfizer; había que tenerlas a menos 70º centígrados y no podían estar más de tantas horas fuera de la heladera luego de abierto el vial. Si había un vial, había que desechar las dosis que estaban allí porque no se podían volver a guardar en la heladera. Además, cuando se administraba Pfizer, había que tener ambulancias con médico, con enfermero. No fue una logística fácil, porque en cada lugar había que tener ambulancias con apoyo vital avanzado. No fue fácil eso. Por lo tanto, hay que tomar decisiones que no siempre son simpáticas. Tratamos de maximizar los tiempos formando equipos de personas que llenaran las vacunas; se tomaron los tiempos de extracción, inoculación y llenado de los datos. Había que tener la seguridad, tener personas que actuaran como guías dentro del circuito de vacunación de tal manera que fluyera lo más rápido posible y fuera ágil, con las limitaciones que había. Otra limitación era que había que quedarse después de la inyección durante quince minutos; se daba un *timer* para que quedaran allí, en zonas. A veces, los locales no eran tan grandes y había que montar gazebos o carpas donde la gente pudiera estar. Se tuvo todo eso en cuenta. Además, se venían las inclemencias del invierno. Eso no fue fácil.

Por otra parte, había varios sectores que reclamaban ser priorizados, como por ejemplo el transporte, los portuarios, las personas que trabajaban en funerarias; innumerables colectivos trataron de estar unos por delante de los otros. Todos tenían criterios válidos, pero había que administrar la atención entre las posibilidades y el plan, porque si nos salíamos del plan también se generaba una inequidad que no hubiera sido deseable. Se argumenta que hubo alguna diferencia, pero yo después voy a explicar por qué no hubo tal diferencia o por qué no puede ser calificada como diferencia. En ese momento, no teníamos la información que tenemos actualmente. La gente generaba un mayor nivel de ansiedad y las decisiones se priorizaron técnicamente. Se hizo en forma objetiva, por grupos y sectores de actividad; en ningún lugar se hizo por nombres y apellidos como sucedió en otros países.

Creo que es bueno enunciar los objetivos del Plan Nacional de Vacunación. El primero era la protección de la integridad del sistema de salud y la infraestructura de los servicios esenciales, y esto es algo que estaba en las definiciones de la OMS. La protección de la integridad del sistema de salud es por la razón del artillero: no nos podíamos quedar sin personas que atendieran la salud de quienes estuvieran padeciendo la enfermedad y, además, por un tema de reciprocidad. Ahora está bien; todas esas estimaciones se hicieron cuando arrancamos con el tema de salud. Resulta que eran aproximadamente 47.000, al mes eran 70.000 y cuando terminamos de vacunar eran 147.000 personas; 147.000 personas son 300.000 dosis de Pfizer. Quiere decir que hasta

finales de abril no iban a quedar liberadas y aparte teníamos que vacunar en los establecimientos de larga estadía de personas mayores y a los mayores de ochenta años. Yo no tenía vacunas para ir a vacunar con Pfizer en ese momento, porque salía del plan.

Primero estaba la protección del sistema de salud y la infraestructura de servicios esenciales. Dentro de eso se incluía lo que hace a la seguridad interna y externa, es decir, los ministerios del Interior y de Defensa Nacional para que no hubiera caos interno y se pudiera defender la integridad del país como Estado. Supongo que cuando se piensa en el Ministerio del Interior y Defensa Nacional, también entra Bomberos en las cuestiones catastróficas que puedan ocurrir. Asimismo, se incluyó en el plan priorizado a los docentes; en ese momento, fue algo novedoso, porque realmente era importante proteger a la población escolar.

En esa reducción de la morbilidad y mortalidad asociada al covid protegiendo a las poblaciones de mayor riesgo se recomienda la vacunación en segundo término de los grupos de mayor riesgo según la situación epidemiológica.

Por último, la reducción de la trasmisión de la afección comunitaria y generación de inmunidad colectiva. El desafío en cuanto a la disponibilidad de vacunas contra la covid 19 era para toda la población y el objetivo era disminuir la enfermedad grave y la mortalidad vinculada a la pandemia en un primer término y posteriormente disminuir la disrupción social.

La estrategia poblacional se basa en tres pilares: evitar el riesgo de enfermedad grave, el riesgo laboral en los trabajadores esenciales y mantener en funcionamiento el sistema de salud.

Los informes epidemiológicos del 28 de enero y del 10 de marzo de 2021 decían que teníamos en ese entonces 415 personas fallecidas y 678, respectivamente. La edad media era 76.4 años con una mediana de 79 años. Los informes internacionales recogían un riesgo de 90 a 630 veces mayor en adultos mayores de 65 años que en adultos jóvenes. Por eso, esta población fue especialmente priorizada, tanto los mayores de edad como las personas que estaban en Elepem. Después, como dato de comorbilidad, de las 678 personas fallecidas, 529 tenían comorbilidades y… Perdón, 529 habían llenado el dato con comorbilidad; 479 tenían comorbilidad: 340 era por cardiopatías, 148 por diabetes y 68 por obesidad. En la evolución de la pandemia se fue conociendo el riesgo de cada morbilidad y en marzo de 2021 se hizo un riesgo asociado a la comorbilidad, que aumenta con la edad: cáncer, enfermedad renal crónica, enfermedad cardíaca, epoc, diabetes, obesidad, tabaquismo y enfermedad cerebrovascular, y embarazo.

En definitiva, como lo decíamos, a fines de marzo de 2021 contábamos con 190.000 dosis de vacunas de Coronavac y 50.310 de Pfizer que ingresaron el 25 de febrero y el 10 de marzo, respectivamente. Las fechas de llegada son esas. El 25 de febrero llegaron 192.000 de Coronavac y el 16 de marzo llegaron 192.000 más, 458.000, 405.000 y 501.000. Ese es el total de Coronavac. El 10 de marzo llegaron 50.310 de Pfizer; el 17 de marzo, 50.310; el 24 de marzo, 50.310; el 31 de marzo, 50.310; el 7 de abril, 65.520 y el 14 de abril, 80.730. Con estas cantidades comenzamos a vacunar con pequeñas cantidades de Pfizer en los residenciales y a los mayores de edad considerados por los técnicos como la población de mayor vulnerabilidad; también a los trabajadores de la salud y a las personas privadas de libertad que eran 13.000, los grupos de actividad considerados esenciales. La cantidad de vacunas existentes a comienzos de marzo de 2021 no permitía dar cobertura, en el mes de marzo, a todos los grupos que se proyectaban como priorizados. Los adultos mayores de 60 años eran 710.000; el personal de la salud, 147.000; los servicios esenciales más de 50.000; los docentes más

de 70.000. Las personas privadas de libertad, 11.000; las personas de los refugios, 3.000; 500.000 comórbidos y, el resto de la población, 1.300.000. Ese es el total.

Entonces, creo que eso es muy importante porque, además, tenemos que pensar que por cada dosis suministrada la comisión honoraria y la comisión de vacunas tuvieron la cautela de asegurar en reserva la segunda dosis para que no pasara lo mismo, entre otras cosas, que en algunos países vecinos, donde llegó la primera dosis y se quedaron esperando sin la segunda dosis. Esto fue fundamental y en base a la gran cantidad de vacunas -1.558.000 dosis- que recibimos desde China en marzo.

Entonces, el 27 de febrero vacunamos a los vacunadores; el 1º de marzo comenzamos a vacunar al personal esencial, a pacientes en hemodiálisis y en pretransplante; el 12 de marzo comenzamos a vacunar al personal de salud del Grupo 1. Bueno es reconocer que el personal de la salud estaba estratificado en tres niveles; es decir, no fueron vacunados todos juntos y llevó un período de tiempo vacunar al personal de salud, en el cual los administrativos fueron los últimos. Primero fueron vacunados los intensivistas, personal del *block* quirúrgico, de puerta de emergencia, médicos que iban a domicilio, que podían ser portadores y contagiar a los pacientes. Se mantuvieron las estructuras fundamentales y, a su vez, se evitaron casos secundarios.

El 12 de marzo se vacunó el Grupo 1 del personal de la salud. Como al inicio hubo baja adhesión -en ese momento no se estaban cubriendo los cupos y queríamos aprovechar el tiempo, porque los equipos los teníamos armados- el 8 de marzo y durante una semana habilitamos la vacunación de la población entre cincuenta y cinco y cincuenta y nueve años; algunos de estos residentes estaban en esa franja de edad. Asimismo, hubo algunos del personal de la salud -que cumplían funciones- que decidieron no vacunarse. De hecho, el caso índice, precisamente, fue en personal de la salud; una persona joven que trabajaba en otro centro asistencial y que concientemente decidió no vacunarse.

El 12 de marzo se vacunó a las personas privadas de libertad, con CoronaVac; el 15 de marzo empezamos a vacunar a personas entre cincuenta y setenta años y fronteras. También seguimos vacunando con Pfizer al personal de la salud, con los Elepem, el 15 de marzo; seguimos el 22 de marzo vacunando con Elepem y refugios y seguimos vacunando a personal de la salud, en este caso, con Pfizer.

Quiero destacar algo: ¿cuándo se vacunó a domicilio en Uruguay? ¡Que me lo digan! La primera vez que se vacunó a domicilio en Uruguay fue en 2020 a propósito de las características de contagio del coronavirus. Nada impedía que la gente se pudiera desplazar hacia los centros de vacunación, que no distaban más de 10 kilómetros. Fue una iniciativa y una buena iniciativa haber ido a vacunar a domicilio; también fue una iniciativa costosa, pero pusimos todos los medios para que eso pudiera ser posible. Fuimos a vacunar a domicilio y lo volvimos a hacer en el 2021.

Vimos que para semana de turismo -del 29 de marzo al 3 de abril- había poca gente anotada y abrimos un período. En esos días la gente realmente se tomó turismo. Entonces, en ese momento dijimos: "Vamos a aprovechar al máximo las capacidades que tenemos porque no podemos perder ni un día", y abrimos los cupos para todas las franjas de edades, y eso fue lo que generó un bolsón de anotados que quedaron en lista de espera. Muchos lograron vacunarse en esa semana de turismo, de dieciocho a cincuenta y nueve años y seguimos vacunando a personal de la salud; estamos hablando de lo que pasó del 29 de marzo al 3 de abril.

El 5 de abril seguimos vacunando a trabajadores de la salud, seguimos con hemodiálisis, centro de diálisis, transplantados, mayores de setenta años, con CoronaVac y Pfizer.

El 16 de abril tuvimos la iniciativa de vacunar en el Montevideo City Torque a personas con síndrome de Down.

El 19 de abril comenzó la vacunación en centros de internación psiquiátrica, y también se empezó a vacunar con Pfizer y Astrazéneca a personas entre setenta y uno y setenta y nueve años que habían quedado rezagadas y nos pedían por ellos. Habían quedado rezagadas porque no teníamos vacunas específicas para esa edad. Hay que recordar que hasta ese momento CoronaVac se recomendaba hasta los sesenta años; había limitaciones que tenían que ver con el tipo de vacuna, con el tipo de plataforma que se usara y con la llegada de la vacuna.

Luego, se siguió vacunando a población con comorbilidades, según la edad; embarazadas, el 18 de mayo por agenda priorizada, y el 10 de junio sin agenda. Había varias vacunadas porque nunca se prohibió la vacunación a embarazadas porque eso quedaba a criterio del médico tratante.

El 24 de mayo comenzamos con la vacunación pueblo a pueblo; el 1º de junio empezamos con la homologación de vacunaciones iniciales y registro de las realizadas en el exterior. El 22 de junio comenzamos a vacunar a los migrantes y solicitantes de refugio, sin cédula de identidad.

En junio de 2021 comenzamos a vacunar a jóvenes de doce a diecisiete años. El 6 de julio hicimos la vacunación inclusiva a domicilio. El 19 de julio comenzamos a vacunar barrio a barrio; el 15 de junio hicimos la vacunación en el puerto.

En agosto comenzamos a vacunar con la tercera dosis en inmunodeprimidos, también con la tercera dosis en el esquema primario de CoronaVac, y el 4 de octubre comenzamos a vacunar con agenda a personal de la salud y a mayores de sesenta años, con Pfizer.

Todas las vacunas disponibles superaban el 50 % de eficacia exigido por la Organización Mundial de la Salud; es más, fue un poco superior en el caso de los estudios preliminares que hicimos con el seguimiento de anticuerpos y por el seguimiento del *data lake*, especialmente, para la Coronavac, que llegó a un 60 % de eficacia, y tanto una como otra estuvieron por encima del 90 **%** para evitar el ingreso a CTI y la muerte. Pero, como decíamos, había restricciones para la llegada de las vacunas.

Y hay que recordar que la letalidad publicada en la literatura mundial respecto a los Elepem -y por eso fueron priorizadas estas poblaciones- iba del 14 **%** al 45 **%**. Entonces, los grupos objetivos se volvían a superponer: la población mayor edad, personal de la salud, los servicios esenciales, la vulnerabilidad social en casos de hacinamiento de personas privadas de libertad y en situación de calle, y en el punto E) están las poblaciones cerradas, pacientes en hemodiálisis crónica, personas institucionalizadas en centros psiquiátricos, y en el F) el resto de la población de dieciocho o más años.

Entonces, realmente se cumplió con estas premisas, sin hablar de que se carecía de registros previos de diabetes, de obesidad y de embarazo.

Hay que destacar que la Organización Mundial de la Salud no había establecido como una prioridad para este tipo de hogares

Voy a entregar a cada uno de los diputados presentes la autorización de la renovación de habilitación del Hogar Valdense para discapacitados intelectuales

denominado "El Sarandí", firmada por Basso en 2016. Es un hogar para discapacitados que contaba, en total, con cien personas entre personal que brindaba servicios y residentes; quince hacían una actividad diurna y se retiraban, y el resto vivía allí. De los cuarenta y cinco residentes había cinco mayores de sesenta y cinco años, y entre esos cinco había una persona mayor de ochenta años, que luego de contraer covid falleció, y se catalogó como muerte natural. Solamente cinco eran mayores de sesenta y cinco años y solo uno era mayor de ochenta años, que en ese momento era la única población priorizada para vacunar con Pfizer. Y siempre se tenía el temor de que se confundieran las plataformas de Sinovac o de Pfizer y se inoculara diferente, por lo tanto, la idea era llegar con la plataforma unificada para el lugar al que se fuera a vacunar. En este caso, hablamos de cuarenta y cinco residentes y sesenta y dos funcionarios, ciento siete en total.

Es de destacar que cuando se hace el relevamiento del centro se destaca que es un gran establecimiento, con áreas bien delimitadas de esparcimiento -esto es del 28 de abril-, con algunas habitaciones individuales y otras compartidas, que cuentan con baño individual. Se dice que se cuenta con buena ventilación, con cocina, y que todos los espacios del lugar son amplios y aseguran -o aseguraban- el distanciamiento físico, aun cuando el tipo de residentes dificulta que se mantenga esta condición. Además, se establecieron tiempos de comida, y había capacidad de establecer cohortes, aunque la tasa de ataque al momento de la investigación del campo es muy alta, mayor al 50 **%** de los residentes. Asimismo, se establecieron procedimientos de atención a los residentes, los que, teniendo en cuenta los resultados, no fueron efectivos, ya que no permitieron la seguridad sanitaria, tanto de residentes como de los funcionarios, que reutilizaban los equipos de protección personal, previa sanitización con alcohol al 70 %. También se protocolizó el ingreso por una sola entrada, aunque había cierto desconocimiento en relación a la utilización de los equipos de protección personal. Por tal razón, se educó al personal sobre la utilización de dichos equipos y se informó sobre el descarte de los EPP

En general, se trataba de un lugar con un trato muy cordial y familiar, y en el que había un gran vínculo entre los residentes y funcionarios, lo que generaba cierta proximidad y empatía entre los empleados y las personas que residían en el lugar; eso llevaba a que se diera una interacción humana intensa, lo que dificultaba la cuarentena y la concreción de las acciones preventivas.

Esos son algunos datos que hay que tener en cuenta.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Agradezco al ministro y a la delegación.

Tal como anunció la presidenta de la Comisión, a la hora 14 tenemos Asamblea General, y como los que estamos acá sabemos cómo ha sido el plan de inmunizaciones elaborado en el marco del covid, y tenemos la responsabilidad, como integrantes de esta Comisión, de responder al grupo de familiares y curadores de las personas que residen en el Hogar Sarandí que recibimos en esta Asesora, incluso de los cinco fallecidos, quisiéramos que se nos hablara sobre esa inquietud, sobre la denuncia realizada ante la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, y de las respuestas del Ministerio de Salud Pública. Por lo tanto, si usted puede, en los escasos minutos que tenemos nos gustaría que se focalizara en esa situación y en lo que figura en las denuncias que leímos previamente, en cuanto a que el Hogar no fue incluido.

Por supuesto, nosotros tenemos claro cómo fue la categorización de los Elepem, pero sabemos que este Hogar es una comunidad cerrada, con pacientes discapacitados con severidad y con comorbilidades asociadas, y también sabemos -por lo que se nos ha informado- que ha habido otros lugares con características similares. Por lo tanto, nos

gustaría que nos aclararan, teniendo en cuenta las diferencias, cómo es la disposición, cómo son los recursos humanos y físicos -como pueden ser el cotolengo femenino y el masculino, que fueron incluidos-, y como se dieron las disociaciones que hubo entre las orientaciones de la Dirección Departamental de Salud del departamento con las que venían de la dirección de inmunizaciones del Ministerio de Salud Pública.

En ese marco nos comprometimos a citar al señor ministro y a su equipo, con el fin de dar respuestas, con la responsabilidad que tenemos, a las inquietudes que tienen los ciudadanos.

Como nos quedan pocos minutos, nos gustaría que el ministro nos hablara sobre cómo se dieron las cosas desde la primera vez que se comunicaron, que fue el 25 de enero de 2021, por qué se pospuso la vacunación, y por qué fue con Sinovac.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Lo que tengo para decir al respecto es que esta población estaba priorizada, lo que sucede es que estaba en un orden de prelación por debajo de los Elepem. Como bien se leyó en el informe que hizo el equipo de campo, se trataba de un lugar en el que no había hacinamiento y había lugares individuales; lo que no había era respeto por las normas. El problema fue el cuidado hacia el tercero, porque una persona introdujo el caso índice. No digo esto para responsabilizar a nadie, sino para analizar la situación. El caso índice fue el de una persona que no se quiso vacunar y era personal de la salud. Pero estaba dentro del plan, simplemente que había un *timing* de llegada de las vacunas. Y había sido recibido eso; no hubo ninguna postergación; de hecho, si hubo, hubo un adelantamiento en base a las alertas sobre las que la propia diputada Reisch me advirtió en una llamada personal. Si hubo una discriminación, fue una discriminación positiva.

Déjeme decirle que en Montevideo tenemos veintidós hogares para discapacitados y treinta y siete centros psiquiátricos -un total de cincuenta y nueve- y que en el interior tenemos cuarenta y ocho hogares para discapacitados. Estamos hablando de ciento siete centros, los que no fueron priorizados ni antes ni después que el Hogar Sarandí. El único caso al que acá se hace referencia es el del Cotolengo, y quiero dejar bien claro cuál fue la razón por la que se vacunó al Cotolengo: se juntaron todos los elementos remanentes. Ustedes saben que la vacuna de Pfizer viene en un vial que contiene seis dosis, y en algunos vacunatorios de Montevideo -hablamos de decenas de vacunatorios- quedaban viales abiertos con cinco dosis, por lo que se tomó la decisión de juntarlos todos para evitar la viveza criolla, ya que en algunos casos levantaban el teléfono y decían: "Me quedan tres dosis, vení a vacunarte con Pfizer". Entonces, en vez de eso, igualamos para arriba y dijimos: "Todo lo que sobre vamos a colocarlo en un lugar donde haya personas que están en una situación no tan buena como la del Hogar Sarandí". Reitero: un 7 % de la población del Hogar Sarandí era mayor de sesenta y cinco años, por lo que el 93 % era menor. Además, allí no había hacinamiento, sino lugares amplios y parques; quizás, lo que no había era respeto por el distanciamiento físico social, o no se invitaba al personal de salud a vacunarse.

Entonces, para que el remanente de vacunas no terminara en brazos equivocados se tomó la decisión de vacunar a los residentes del Cotolengo; esa fue la única razón. Después, por supuesto, vacunamos a los ciento siete centros de todo el país; no fuimos nada displicentes en ese sentido. O sea que, lejos de haber una discriminación, hubo una preocupación genuina; quizás, lo que hubo fue una mala interpretación por parte de algún funcionario, que hizo determinadas comunicaciones desconociendo el plan. El plan es el plan, y por eso Uruguay es bien visto en el mundo, porque en nuestro país no se vacunó primero a los ministros, a altos funcionarios, a personas VIP, o a personas conocidas. Al que le tocó, le tocó, con la que le tocó; es así. Además, la vacunación en el Cotolengo no

se adelantó por ninguna cosa en especial; sencillamente, se hizo para que lo que fuera sobrando de los viales se destinara a un lugar en el que se pudieran utilizar rápidamente, ya que tenían cinco horas más de sobrevivencia fuera de la heladera. Esa es la razón, para ir directo al grano.

Como les decía, el Hogar Sarandí no tiene habilitación como Elepem. Por lo tanto, si bien fue incluido en la campaña de vacunación contra la gripe que se llevó a cabo en 2020, para esta vacunación, que era distinta, no calificaba como Elepem, porque se tomó en cuenta, sobre todo, la edad. Cuando se llevó a cabo la vacunación contra la gripe lo que importó fue que por ningún concepto se entrara al CTI o se ocuparan camas dentro del sistema de salud. Hasta el momento tampoco tiene tramitada la solicitud de habilitación como Elepem.

Además, la situación de 2020 contra la de 2021 es muy diferente. Cuando en 2020 llegaron un millón de dosis de vacunas -nunca en la vida se había vacunado contra la gripe en esa cantidad; se venía vacunando a cuatrocientas mil, quinientas mil, con suerte-, las dimos todas, vinieron todas juntas, no vinieron fraccionadas. ¿Me entienden? Acá vinieron de a poquito, en fracciones; todas las semanas llegaban aviones, por lo que de acuerdo a esa realidad, tuvimos que adaptarnos.

Esa misma fecha, 19 de abril fueron vacunados todos los demás lugares con similares características a excepción hecha de ese sesgo en el Cotolengo que era como un embudo que recogía todos los remanentes de vacunas. Además, fue una vacuna elegida para esta población por sus características etáreas: es una vacuna segura, eficaz; se usó como plataforma vacunal en esta etapa.

Creo que aquí las comunicaciones fueron todas de buena fe. Todo este tipo de decisiones son operativas como el caso del Don Orione y otras que están en el terreno teniendo, los jerarcas en su nivel, que disponer de eso sin desperdiciar, porque en ese momento era un crimen desperdiciar vacunas: cuando se apagó una heladera y terminaron en un sumario administrativo.

No les quiero mencionar demasiados elementos, pero en algunos casos había personas de cincuenta y cinco a cincuenta y nueve años que podían haber sido inscriptos y vacunados, también se podrían haber trasladado diez kilómetros, un centro cercano, en Rosario para vacunarse. No es quitarnos responsabilidad; de hecho, así se procedió para la tercera dosis.

Pensamos que no hubo ningún tipo de negligencia. Y solo una persona era mayor de ochenta años; tenía ochenta y siete años.

Asimismo, se pudieron haber agendado durante la Semana de Turismo, coordinado la agenda, y eso no ocurrió.

Pero hay un aspecto biológico que me parece que es fundamental destacar. Nosotros vacunamos el 19 o 20 de abril, aproximadamente, y si se hubiera iniciado la vacunación cuando estaban llegando las vacunas, cuando se contaban, se distribuían, hubiera sido el 20 de marzo, desde esa fecha hasta al 20 de abril, momento en que hubiera correspondido la segunda dosis, para lograr la inmunidad con Sinovac que cuesta más tiempo, se precisaba quince días más. Quizás, especulando, porque esto es meramente especulativo, la inmunización completa se hubiera logrado quince días después del 20 de abril, siendo que el ingreso del brote fue el día 17 habiéndose hecho la persona un test PCR, concurre a trabajar el día 18, el 19 se vacuna y el 20 el test le da positivo. Entonces, son todas cosas que no pretenden de ninguna manera… Sabemos el valor que tienen esto para la sociedad. Volvemos a lo mismo: sabemos el valor que tiene el Hogar, el valor que tiene la iglesia valdense en Colonia, sabemos que trataron de hacer

las cosas lo mejor posible; quizá, hubo algún error de comunicación por parte de la Dirección Departamental de Salud a nivel funcionarial omitiendo lo que era el plan de vacunación. El plan estaba; el plan se cumplió. Y cuando tomamos conocimiento tratamos de darle prioridad dentro de nuestras potestades.

Respecto a que el MSP no haya considerado la resolución de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, no es así. De hecho, lo primero que hicimos fue tomar buena nota; enviamos una respuesta contundente, pero más allá de "contundente" -entre comillas- la Institución Nacional de Derechos Humanos no da vista de nada, es una piñata a la que se le dan golpes con los ojos vendados. Solamente pregunta y no da vista de ningún expediente, ni tampoco da causa ni nada, luego se archiva y ¡listo! El Instituto Nacional de Derechos Humanos tiene elementos procedurales que, quizá, este órgano podría perfeccionar a futuro, porque de pronto no se tiene la vista de la totalidad del expediente que se está tratando.

Además, recogimos lo que dice el Instituto Nacional de Derechos Humanos, inmunizando a los internados de este Hogar en tiempo y en forma, recibiendo a los noventa días la tercera dosis, luego del alta del brote. Y como dice allí, respecto a esa gestión de buenos oficios institucionales, tuvimos una reunión con ellos, y dijeron que lo recogían como experiencia porque es una curva de aprendizaje mundial; es un tema del que todos aprendemos. Sin lugar a dudas, Uruguay se distinguió en eso, desde lejos, hasta distinciones por parte de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos recibió por el manejo de la pandemia y de la vacunación.

Ese tema de los documentos aportados como pruebas a los que no se puede acceder, que son declaraciones virtuales, también dificulta un poco presentar descargos conforme a derecho. Pero no fuimos para nada indiferentes, de hecho, hay buena relación con el Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo; hemos dado respuesta a todos sus informes. En ninguno tuvimos ninguna mácula, y en este caso que hace una sugerencia, la recogimos, la incorporamos y la ejecutamos. No fuimos indiferentes.

Yo quería dejar esos puntos en claro. El tiempo es escaso; está el homenaje al expresidente. Creo que fui sintético para explicar los puntos fuertes del por qué, de cómo se dieron las situaciones; el *timing* de llegada; la forma de inoculación; que el Hogar no estaba clasificado como Elepem; que por el brote del caso índice podría haberse vacunado con el personal de salud en la primera semana y no lo hizo; que no se cumplieron las normas necesariamente, de pronto, por el propio estado de estas personas, porque la enorme mayoría no calificaban para Pfizer, sino para Coronavac por su edad.

Además, algunas observaciones que se hicieron fueron recogidas y se puso bajo la tutela del Hospital Evangélico el seguimiento del brote y también las internaciones y demás que terminaron con el fallecimiento de cinco personas, una de ellas había decidido no inmunizarse.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos al señor ministro por la exposición.

Si el ministro entiende que no hay ningún integrante de la delegación que tenga que hacer algún otro aporte, procedemos a las preguntas de los señores diputados.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Lamento no tener tiempo suficiente para intercambiar ideas, pero para nosotros también es importante el motivo de convocatoria de la Asamblea General.

Por lo menos, quisiera establecer tres consideraciones.

La primera es que entiendo que a la luz de los acontecimientos y a la distancia, encontrar fundamentos identificados objetivamente, o quizás no tanto, cambia bastante las consideraciones o las conclusiones finales.

Acá no estamos hablando de un planteo de los familiares vinculado a ninguna reclamación más que el que esta cuestión, que los afectó muchísimo y que entienden que fue un error, no se repita. Lo que plantean es una revisión de determinados protocolos para tener garantías. Es eso.

Quiero tener mucho cuidado en no cruzar un límite o decir algo equivocado, pero producto de esa situación la respuesta del Ministerio, que fue pública, ante el planteo de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, por supuesto, no la comparto; Creo que fue, por catalogarlo de alguna manera, un desborde.

Lo que sí creo es que la vulnerabilidad de la población del Hogar Sarandí no es diferente a la de un Elepem tradicional. Y además, por el artículo 2º creo que había potestad del Ministerio de modificar o de incorporar al Hogar Sarandí dentro de los Elepem y haber recibido -como todos- en el plan de vacunación su prioridad. Digo esto porque, justamente, en el artículo 2° del Decreto N° 356 dice: "[…] Excepcionalmente y con autorización expresa del Ministerio de Salud Pública, los establecimientos y servicios referidos podrán brindar cuidados a personas mayores de edad aunque no hayan cumplido los 65 años, siempre que su estado social o psico- físico lo justifique.[…]". Esa es, precisamente, parte de las características de la población, de los hombres y mujeres que residen en el Hogar Sarandí.

Además, a eso se suma que efectivamente hubo una comunicación oficial, del Ministerio de Salud Pública, que el ministro explicó que pudo haber sido un error. Pero en el momento, a las autoridades, los técnicos, los profesionales de hogar y familiares les llegó esa comunicación y generó una expectativa que era razonable e imprescindible. Creo que, en este caso, es al revés; el ministerio debería incorporar la norma porque era una razón humanitaria.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Le agradezco el punteo y el tono, además.

La respuesta del Instituto Nacional de Derechos Humanos, en noviembre, concluye diciendo que "el Ministerio de Salud Pública fue proactivo y tomó nuestra iniciativa". Nosotros hicimos nuestra esa preocupación. Eso no fue dicho, no por nosotros, sino por la Institución Nacional de Derechos Humanos, y nos remitimos a los hechos de que se vacunó con la tercera dosis.

Por supuesto que vamos a incorporar esa sugerencia en futuras campañas de vacunación; no cabe ninguna duda de ello. Estaba dentro del orden. Vamos a entendernos: se vacunó a los cuarenta y cinco días, y hoy seguimos vacunando. Estamos a ocho meses de iniciada la vacunación y seguimos vacunando. Vacunamos a los cuarenta y cinco días con las dosis que teníamos, con las cantidades que teníamos. Hay que recordar que los Elepem tuvieron una pequeña diferencia y que si hubieran sido vacunados en la misma fecha, no hubiera tenido el efecto de protección biológica. Esto también hay que tenerlo en cuenta. No es un atenuante, pero tuvimos en cuenta las recomendaciones; no hicimos caso omiso. Las introyectamos, modificamos cosas y las incorporamos para el futuro.

SEÑOR REPRESENTANTE VIERA DÍAZ (Nicolás).- Saludo a la delegación, al señor ministro, también a mi coterráneo, Miguel Asqueta. En estos breves minutos que voy a utilizar, también quiero saludar la actitud del subsecretario Satdjian, de quien siempre hemos obtenido respuesta cuando le hemos hecho alguna consulta puntual.

A ver: usted, señora presidenta, y yo, conocemos muy bien el territorio; sabemos dónde está enclavado el Hogar y las potencialidades que allí se ven. Incluso, conocemos las familias de muchas de las personas que fallecieron y también de las que están allí, así como también el impacto que algunas de las decisiones de la gestión generan, por más que hayan sido errores, por más que hayan parecido faltas de comunicación.

Entiendo las palabras del señor ministro, pero me cuesta enormemente comprender cómo desde el ministerio se pueden eludir determinadas responsabilidades, que no son del señor ministro, sino del Ministerio de Salud Pública, del Estado uruguayo, diciendo, en aras de ese deslinde de responsabilidades -que es lo que yo interpreto y entiendo de las palabras del ministro- que en el lugar no hubo respeto por las normas, que no se respetaban los protocolos, que las familias podrían haber agendado a los internos y llevarlos a vacunar en el lugar más próximo. Me da la sensación de que se desconoce la realidad del Hogar. Si ese es el nivel de razonamiento, es difícil poder comprender cuáles son los errores que se cometen.

Lamento que no esté aquí la directora Departamental de Salud de Colonia, doctora Torres, porque ella fue una *actora* principal de todo este proceso, y hoy tendrá sus motivos, pero no vino, lo cual para mí es un hecho significativo. Creo que la responsabilidad del ministerio, en primer término, está en el territorio. Ese error que el ministro dice que fue comunicacional, de personas que quizás desconocieron el Plan de vacunación, fue comunicado al Hogar por la Dirección Departamental de Salud de Colonia. Ahora es muy difícil trasladarles la responsabilidad a los familiares, a los trabajadores y a la dirección del Hogar. En perspectiva, con los hechos ya ocurridos, estamos hablando de que los errores comunicacionales se cobraron vidas, porque hubo cinco fallecidos. Y, además, se repitieron en los días sucesivos a la primera comunicación. Entonces, llama la atención que el ministerio no tenga la visión de decir: "Sí, hay responsabilidad del Ministerio en el territorio". No estamos pidiendo nada más; eso nos va a permitir ver a futuro. Porque, ¿cómo seguimos?

Estos familiares que hacen la denuncia no están pidiendo indemnización económica ni están planteando ningún enjuiciamiento penal; están planteando que el Estado reconozca su responsabilidad. ¿Cómo reconoce el Estado su responsabilidad? A través de quien lo gestiona, que en este caso y en esta área, es el Ministerio de Salud Pública. Es simplemente eso.

SEÑORA PRESIDENTE.- Tiene la palabra la diputada Pérez Bonavita. Les recordamos que nos quedan siete minutos para culminar la reunión.

SEÑORA REPRESENTANTE PÉREZ BONAVITA (Silvana).- Quiero felicitar a la delegación por la completa información que brindó a esta Comisión, tal como lo hace cada vez que es convocada; agradezco a todos los presentes.

Asimismo, agradezco la narrativa del ministro, realizada paso a paso, cronológicamente, porque sí creo que viene a la cuestión, más allá de que esta situación haya sido por un tema puntual. Comprender realmente la magnitud de lo que fue todo el desarrollo de la pandemia, del Plan de vacunación es de vital importancia para poder llevarlo a un caso puntual muy triste, que lamentamos profundamente, por supuesto. Me parece que el macro es importante para comprender el contexto en el que se desarrolla una situación así.

No quiero robar tiempo porque en unos minutos tenemos que llegar a la Asamblea General. Simplemente, quiero respaldar, una vez más, la forma en que se llevaron adelante y se desarrollaron todas las acciones para el bien de la población. Quedan claros los argumentos desde el Ministerio para con este caso puntual.

Haré una reflexión personal; me gusta que conste en la versión taquigráfica. Sinceramente, estoy convencida de que el personal de salud tiene la obligación moral de inmunizarse, sin responsabilizar a nadie. Creo que el mayor acto para bien con los demás es cuidarnos entre todos. Una vez más, apelo a que la población tome conciencia sobre la importancia de estar vacunados, sobre todo, cuando estamos con más público, exponiendo y expuestos a más personas. Quería terminar con esta reflexión que es bien importante.

Muchas gracias, señora presidente, por permitirme esta intervención.

SEÑORA PRESIDENTE.- Quiero expresar agradecimiento y felicitaciones por el trabajo que vienen desarrollando desde que se instaló la pandemia en nuestro país. Tal como lo que he expresado en el seno de esta Comisión, en la de Derechos Humanos, a los familiares y públicamente, yo creo que nunca hubo intención por parte de las autoridades sanitarias de discriminar a esta institución y mucho menos a quienes allí viven. Sí hubo fallas en la gestión a nivel departamental; lo he dicho públicamente. Existieron marchas y contramarchas, y errores en la trasmisión de la información y de los datos. Eso es real y generó confusión y expectativas. Se generaron una cantidad de cosas.

Conozco a la doctora Alejandra Torres; sé que es muy buena persona; sé que es muy buena profesional. Pero, a veces, se puede ser buena persona y buena profesional y tener deficiencias en la gestión. La calidad humana la dejo de lado y analizo lo que es una gestión. Creo que acá existieron deficiencias; al día de hoy existen algunas deficiencias de gestión por parte de la directora Departamental de Salud.

También, como lo expresó el ministro, en la oportunidad en la que recibíamos todos los diputados del departamento llamados por parte de los familiares -también los integrantes de la Comisión-, con mucha preocupación por la demora, nos comunicamos con el ministro y con el subsecretario, quienes en forma inmediata dispusieron las medidas necesarias para que se pudiera vacunar a la mayor brevedad posible. Eso también lo expresé en otras instancias, porque por parte de ambos y del equipo tuvimos una rápida respuesta en subsanar los errores a nivel departamental que se habían cometido.

Por tanto, quiero expresar una vez más que creo que el problema está concentrado en un tema de gestión departamental

Restan tres minutos. Si quiere cerrar, señor ministro, con mucho gusto.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Si me permite, quisiera agradecer la comparecencia.

No es fácil hacerse cargo de esta situación, les puedo asegurar que para ninguno lo es; a ningún médico le gustaría estar en los zapatos de este ministro.

De todas maneras, respecto a lo que expresaba el diputado, no es restar importancia, sino que era contextualizar, concretamente, cuál era la visión general. De ninguna manera era culpabilizar o generar ningún tipo de desdoro a las actuaciones del hogar ni del personal. Hicimos un *racconto* en base a lo que fueron los documentos del equipo de respuesta rápida, a lo que allí estaba escrito; no hicimos alguna cosa que se nos ocurrió acá, sino que basados en documentos que están escritos es que describimos tal situación y lamentamos esa situación.

Como decía la diputada Etcheverry en cuanto al artículo 2° del Decreto N° 356, cuando tomamos conocimiento de esta situación es que, de alguna manera, se efectuó la corrección posible, que estaba al alcance nuestro…

SEÑORA REPRESENTANTE LIBSCHITZ (Margarita).- ¿Me permite? Quisiera hacer una pregunta muy concreta.

Ya que en realidad usted explicó que no fue una falla -nadie habló de discriminación, queda claro, sino de un poco de inoperancia en el momento de actuar-, que usted mencionó reiteradas veces que fue una falta de la normativa, de los protocolos -lea la versión taquigráfica después- sobre el hogar Sarandí, quiero saber si hubo alguna sanción, si se sancionó a algún funcionario, a alguien de la directiva de salud de Colonia o algo, porque si en realidad lo que pasó fue por fallas de los trabajadores o de los directores y falta al protocolo y a la normativa, imagino que después de cinco muertes, al menos debe haber un sumario en camino, en proceso.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Lo que pasa es que si usted tiene una denuncia en la Institución Nacional de Derechos Humanos, salir a sancionar en forma inmediata parecería que no fuera totalmente objetivo. Me parece que es mejor, en todo caso, luego de pasado todo este tiempo… Si yo hubiera tomado una sanción contra determinado funcionario o hecho alguna cosa, frente a la acción del Instituto Nacional de Derechos Humanos, que desconocíamos -nos llegó cuando vino todo-, lo que hicimos fue efectuar las correcciones que correspondían. Si hubiéramos tomado cualquier otra acción, hubiera sido interpretada de una forma, quizás errónea, que no sería el momento.

Si vamos a tomar alguna determinación, ya lo veremos después, en frío -digamos-, y veremos qué es lo que corresponde acorde con esto. Pero, nosotros, lejos de irnos con cortapisas de este tema explicamos todo lo que estuvo a nuestro alcance, todo lo que hicimos, que tuvimos capacidad de respuesta para atender esta situación y que de alguna manera hubo lo que decíamos es que hubo un tema comunicacional y de desconocimiento, ¿no? No llevamos agua para nuestro molino, sino que asumimos lo que corresponde, asumimos lo que la Institución Nacional de Derechos Humanos sugirió, corregimos lo que era corregible y seguiremos siempre, porque esto es una curva de aprendizaje. No se crea que uno nace sabiendo y que no tiene capacidad de mejora. Creo que todos tenemos posibilidad de mejorar y de aprender en una enfermedad absolutamente nueva. No se olvide que nosotros consideramos todas las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud; no estamos diciendo que nos medimos con cualquier vara, ¿eh?; nosotros nos manejamos con esos criterios, con esos estándares.

SEÑORA PRESIDENTA.- Bueno, muy bien.

Estando en la hora de finalización, nos resta agradecer la presencia del señor ministro, del señor subsecretario y de las autoridades de dicha Cartera.

Agradecemos la buena disposición de concurrir al Parlamento y, en especial, a la Comisión de Diputados cada vez que lo hemos requerido y seguir trabajando juntos para mejorar la salud de nuestro país.

Muchas gracias.

Se levanta la reunión.

